

Пациент: Еркек 37 жаста, үйленген.

Шағымдары: сол мықын аймағында ауырсынулар, тәулігіне 10 ретке дейін қан, ірің мен шырыш араласқан көп мөлшердегі сұйық нәжіс, ішектің толық босамау сезімі, ішектің шұрылдауы, жалпы әлсіздік, қызба, дене салмағының төмендеуі, тәбеттің жоғалуы.

Anamnesis morbi: Ауырғанына 3 жыл болған. Ауырсынулар дефекация алдында пайда болады немесе күшейеді және дефекациядан кейін басылады немесе азаяды. Соңғы 8 ай ішінде 10 кг арықтады.

Anamnesis vitae: Тамақтануы ретті, арасында диетаны бұзады. Жұмыс істемейді. Аллергия жоқ. Зиянды әдеттер: темекі шегеді (тәулігіне 1 қорап), алкогольді мейрамдарда ішеді. Бұрын ауырған аурулар: ЖРВИ. Вирусты гепатитті жоққа шығарады. Анасы бұын ауруымен ауырады, диагнозы есінде жоқ.

Физикалды тексеру: Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Тері жабындылары бозғылт, құрғақ, тургоры төмендеген, тырнақтары сынғыш, увеит бар. Дене температурасы 38.8°C. Астениялық дене бітімді. ДСИ=18. Өкпеде әлсіреген везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ – 100 соққы минутына. АҚ – 110/60 мм с.б.б.. Тілі ақ жабындымен жабылған. Стоматиті бар. Іші жұмсақ, сол мықын аймағында ауырсынатын инфильтрат анықталды. Бауыр перкуссиясында размерлері 10 см x 9 см x 7 см, пальпацияда бауыр жиегі өткір, ауырсынусыз, теріс. Нәжісі сұйық, қан мен шырыш араласқан. Тік ішекті саусақпен қарау – кілегей қабат қызарған. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

Болевой синдром сол жак мыкын аймагындагы ауырсыну

Инттоксикационный синдром жалпы әлсіздік қызба , температура жоғары

Кишечная диспепсия : диарея ишектин шурылдауы
Синдром мальобсорбции: тәбеттің жоғалуы салмағының төмендеуі

Анемиялық синдром: жалпы анемия и сидропения

Синдром кишечной непроходимости: ишектин толық босамау сезими

Синдром внекишечных проявлений увеит стоматит

Геморрагиялық синдром:

ИМТ норма 19-25

1. Негізгі симптомдар мен синдромдарды атаңыз
2. Тексеру жоспарын құрыңыз

ЖКА ЖЗА БХА ANCA ға серологиялық тест для диф диагностика
Колоноскопия
Гистология
Ирригоскопия
Копрология

Лабораторлы – аспаптық зерттеулер:

ҚЖА: Нв 88 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}$ /л, ТК 0,55, лейкоц. $10,8 \times 10^9$ /л, тромбоциттер – 200×10^9 /л, ЭТЖ 43 мм/сағ.

ЗЖА: 1015, ақуыз – теріс, лейкоц. 1-2-3 к/а.

ҚБА: жалпы ақуыз – 58 г/л, альбумин – 26 г/л, АЛТ – 15 МЕ/л, АСТ 18 МЕ/л. СРБ +++.

ANCA ға серологиялық тест – оң.

Колоноскопия: сигматәрізді мен тік ішектердің кілегей қабаттары диффузды қызарған және ісінген, ішек өзегі кеңейген, контактты қанағыштық анықталады, тамыр суреті көрінбейді, сигматәрізді және тік ішектердің барлық аймақтарына таралған көлденең жаралармен алмасып тұрған жалған полиптер анықталды, арасында стриктуралар бар.

Гистология: қабыну инфильтраты тек кілегей қабатына таралған, арасында кілегей қабатының атрофиясы бар, крипт – абсцесстер мен крипттар анықталды, кілегей қабатынан аспаған беткей жаралар бар.

Ирригоскопия: гаустрациялар жоғалған, тоқ ішектің қысқаруы, кілегей қабатының суреті ұсақ жаралар, жалған полиптер салдарынан біртекті емес, тоқ ішек өзегі және оның ригидтілігі тарылған.

Копрология: түсі – қоңыр, консистенция – жұмсақ, шырыш, өсімдік клетчаткасы – қорытылмаған ++, қорытылған ++, крахмал – жасушаішілік +, лейкоциттер ++, эритроциттер ++, Кальпротектин ++, патогенді қарапайымдылар, құрттар жұмыртқалары, дрожжылы саңырауқұлақтар – анықталмады.

3. Лабораторлы – аспаптық зерттеулер интерпретациясы
4. Клиникалық диагноз
5. Емдеу принциптері

Биохимический анализ крови в норме

Показатель	Значения нормы	Показатель	Значение нормы
Глюкоза	3,3-5,6 ммоль/л	Общий белок	60-83 г/л
Общий билирубин	3,4-17,1 мкмоль/л	Альбумин	32-52 г/л
Конъюгированный билирубин	1-7,9 мкмоль/л или 25% от общего билирубина	Ионы калия (K ⁺)	3,5-5,5 ммоль/л
Неконъюгированный билирубин	1-19 мкмоль/л или 75% от общего билирубина	Ионы натрия (Na ⁺)	136-145 ммоль/л
Аспаратаминотрансфераза (АСТ) - Мужчины - Женщины	До 37 Ед/л До 30 Ед/л	Ионы кальция (Ca ²⁺)	2,25-3,0 ммоль/л
		Ионы хлора (Cl ⁻)	98-107 ммоль/л
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) - Мужчины - Женщины	До 45 Ед/л До 34 Ед/л	Ионы магний (Mg ²⁺)	0,7-0,99 ммоль/л
		Креатинин - Мужчины - Женщины	62-115 мкмоль/л 53-97 мкмоль/л
Гамма-глутаминтрансфераза (Гамма-ГТ) - Мужчины - Женщины	До 55 Ед/л До 38 Ед/л	Мочевая кислота - Мужчины - Женщины	210-420 мкмоль/л 150-350 мкмоль/л
Щелочная фосфатаза	30-120 Ед/л	Мочевина	2,8-7,2 ммоль/л
Холестерин	3,2-5,6 ммоль/л	С-реактивный белок	0-5 мг/л
Лipoproteины низкой плотности (ЛПНП)	1,71-3,5 ммоль/л	Сывороточное железо - Мужчины - Женщины	11,64 - 30,43 мкмоль/л 8,95 - 30,43 мкмоль/л
Триглицериды	0,41-1,8 ммоль/л		

meduniver.com



Наименование	Норма
Глюкоза	4,2-7,3
Мочевина	3,2-9,3
Креатинин	26-120
Общий билирубин	3,1-13,5
Прямой билирубин	0-5,5
Холестерин	2,4-7,4
Общие липиды	6-15
Кислая фосфатаза	1-6
Щелочная фосфатаза	19-90
Гамма-глутамилтранспептидаза	0-8,5
Креатинкиназа	0-130
pH	7,35-7,45
Общий белок	38-73
Сывороточный альбумин	22-40
АЛТ	9-52
АСТ	11-42
Триглицериды	0,23-0,98
Липаза	30-250
Альфа-амилаза	685-2155
Лактатдегидрогеназа	23-220
Кальций	2,26-3,3
Натрий	138-164
Хлор	103-122
Калий	4,2-6,3
Фосфор	0,8-3
Магний	0,8-1,5

3. Гипоальбуминемия норма 35-50 г/л

НЯК кезинде дистальный отдел толстого кишечника Сигма и прямая кишка диффузды кызарган непрерывно, контактная кровоточивость, псевдополипоз и стриктуралар.

Гистологиясына: шырышты кабатынан аспаган беткей жаралар шекарасы анык емес зернистая из-за эрозии язвы на фоне гиперемированной СО

Ирригоскопиясында: гаустрациялар жогалган просвет трубкообразный

4. Хронический не специфический язвенный колит дистальный фаза обострении тяжелой степени (соз 30 свыше стул 8 ден коп анемия 2-3 ст потеря массы тела 10 процент жогары) осложнения кровотечение постгеморрагия анемия.

5. Немедикаментозное лечение

Диетотерапия - рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока). В лечении НЯК и БК доказана эффективность 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.

Пациент: Еркек 32 жаста, үйленген.

Шағымдары: жалпы әлсіздік, тәбеттің жоғалуы, кіндік пен оң мықын аймағындағы толғақ тәрізді ауырсынулар, соңғы уақытта тәулігіне 7-8 ретке дейін көп мөлшердегі көпіршікті сұйық нәжіс пенистей, қызба, дене салмағының төмендеуі мазалайды.

Anamnesis morbi: Ауырғанына 4 жыл болған. Ауырсынулар тамақ қабылдаумен байланысты емес. Соңғы 10 ішінде 8 кг арықтаған. Соңғы уақытта іш қатулар пайда болды.

Anamnesis vitae: Тамақтануы ретті, арасында диетасы бұзылады. Компанияда маман болып істейді. Аллергия жоқ. Зиянды әдеттер: темекі шеклейді, алкогольді тек мейрамдарда қолданады. Бұрын ауырған аурулары: ЖРВИ. Вирусты гепатитті жоққа шығарады. Анасы жүйелі қызыл жегімен ауырады.

Физикалды тексеру: Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Тері жабындылары бозғылт, құрғақ, тургоры төмендеген, конъюнктивит анықталды, балтырларында түйінді эритема бар. Дене температурасы 38,5°C. Астениялық дене бітімді. ДСИ=17. Өкпеде әлсіреген везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары түйықталған, ырғақты. ЖЖЖК – 108 соңқы минутында. АҚ – 110/70 мм с.б.б.. Тілі ақ жабындымен жабылған. Стоматит бар. Іші жұмсақ, оң мықын аймағында тыңыз ауырсынатын инфильтрат бар, кіндік аймағында ауырсыну бар. Бауыр перкуссиясында размерлері 9 см x 8 см x 7 см, пальпация кезінде бауыр жиегі өткір, ауырсынусыз, теріс. Нәжісі сұйық, көпіршікті. Тік ішекті саусақпен тексергенде аналды афталар анықталды. Ұрғылау симптомы екі жақты теріс.

Абдоминально болевой синдром Интоксикация Кишечный диспепсия мальабсорбция Анемиялық синдром Сидропениялық Геморрагиялық Синдром внекишечных проявлении конъюктивит туйинди эритема

Лабораторлы – аспаптық зерттеулер:

ҚЖА: Нв 100 г/л, эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, ТК 0,65, лейкоц. $10,5 \times 10^9/л$, тромбоциттер – $210 \times 10^9/л$, СОЭ 40 мм/сағ.

ЗЖА: 1018, ақуыз – теріс, лейкоц. 1-2-3 к/а.

ҚБА: жалпы ақуыз – 50 г/л, альбумин – 23 г/л, АЛТ – 15 МЕ/л, АСТ 18 МЕ/л. СРБ +++.

Колоноскопия: аш ішектің терминалды бөлімінде кілегей қабаты шектелген аймақтарда «тасты көпір» түрінде қызарған және ісінген, тамыр суреті көрінбейді, саңылаутәрізді, ұзына бойлы, сызықты жаралар анықталды, ішек тарылуы бар.

Гистология: қабыну инфильтраты кілегей асты негізіне таралған, кілегейасты негізі мен бұлшықет қабатына таралған гранулемалар, терең саңылаутәрізді жаралар анықталды.

Рентгенологиялық зерттеу: Аш ішектің терминалды бөліміндегі ішек қабырғасы тығыздалған, өзегі таралған, терең саңылаутәрізді жаралар мен сигматәрізді ішекпен жыланкөз анықталды.

ASCA серологиялық тест - оң.

Копрология: түсі - қоңыр, консистенция - жұмсақ, өсімдік клетчатқасы - қорытылмаған ++, қорытылған ++, крахмал – жасуша ішілік +, лейкоциттер ++, Кальпротектин +++ , патогенді қарапайымдар, құрттар жұмыртқасы, дрожжылы саңырауқұлақтар - анықтлмады.

3. Лабораторлы – аспаптық зерттеулер интерпретациясы

4. Клиникалық диагноз

5. Емдеу принциптері

**ЖКА БХА ЖЗА ASCA
серологиялық тест
Колоноскопия
Гистология
Рентген
Копрология**

1. Негізгі симптомдармен синдромдарды атаңыз
2. Тексеру жоспарын құрыңыз

3. • Фекальный кальпротектин, лактоферрин: маркеры воспаления кишечника.

Язвы на фоне нормальной СО

4. Болезнь Крона. Терминальный илеит. обострение .

Перианальный свищ

5. Немедикаментозное лечение

Диетотерапия - рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока).

Медикаментозное лечение

В лечении НЯК и БК доказана эффективность 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.инфесимаб

Базисная терапия заключается в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты. Используют месалазин в дозе 2-4 г/сут. преимущественно в таблетированной форме или сульфасалазин (2-8 г/сут., обязательно в сочетании с фолиевой кислотой 5 мг/сут.). Предпочтение отдается месалазину, как менее токсичному и оказывающему меньшие побочные эффекты.

При наличии перианальных поражений в комплексе лечебных мероприятий включают метронидазол в дозе 1-1,5 г/сут.

Пациент: Еркек 24 жаста, үйленбеген.

Шағымдары: тамақ ішкеннен кейін 40 минут – 1 сағаттан соң эпигастрий аймағындағы ұстаматәрізді ауырсынулар, тұрақты қыжылдау, тамақ ішкеннен кейін эпигастрий аймағындағы толу мен керу сезімі мазалайды.

Anamnesis morbi: 2 ай бойы ауырады. Өзінің жағдайын стресспен байланыстырады. Ауырсыну тамақ ішкен соң күшейеді. Дене салмағын біраз жоғалтқанын айтты.

Anamnesis vitae: Тамақтану ретсіз, диетаны жиі бұзады. Банкта менеджер болып істейді. Аллергия жоқ. Зиянды ідеттер: темекі шегеду (тәулігіне 1/2 қорап), алкогольді мейрамдарда ішеді. Бұрын ауырған аурулары: ЖРВИ.

Физикалды тексеру: Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене температурасы 36.6°C. Астениялық дене бітімді. ДСИ=25. Өкпеде везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ – 85 соңқы минутына. АҚ – 110/70 мм с.б.б., Тілі ақ жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, эпигастрий аймағында ауырсынады. Нәжісі іш қатуға бейім. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

Болевой синдром устамалы ауырсыну Асказандык диспепсия қыжылдау толу керу сезими Кишечная дипепсия запор

1. Негізгі симптомдар мен синдромдар атаңыз
2. Тексеру жоспарын құрыңыз

Лабораторлы – аспаптық зерттеулер:

ҚЖА: Нв 126 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, ТК 0,87, лейкоц. $6,8 \times 10^9/л$, ЭТЖ 12 мм/сағ.

ЗЖА: 1018, ақуыз – теріс, лейкоц. 1-2-3 қ/а.

ҚБА: жалпы ақуыз 77 г/л, мочевина 6,8 ммоль/л, жалпы билирубин 14,5 ммоль/л, глюкоза 5,9 ммоль/л.

Тыныстық уреазды тест - оң
НР - га ПЦР - оң

ФГДС: Өңеш өтімді, кілегей қабаты қызғылт. Кардия өтімді. Асқазанның кілегей қабаты қызғылт, асқазан қалтқысы өтімді, асқазан денесінде домалақ формалы жара дефектісі бар, размері 10 мм, биік тегіс жиікті, жара түбінде сарғыш-сұр жабындымен жабылған. Ұлтабар – кілегей қабаты қызғылт.



3. Лабораторлы – аспаптық зерттеулер интерпретациясы
4. Клиникалық диагноз
5. Емдеу принциптері

ЖКА ЖЗА БХА
Тыныстық
уреазный тест
ПЦР
Хеликобактерга
ФГДС
РЕНТГЕН

C-уреазный дыхательный тест – неинвазивный метод диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, основанный на способности бактерии *H. pylori* гидролизовать мочевины до аммиака и углекислого газа.

4. Язвенная болезнь тела желудка ассоциированная с ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ легкая степень биринши рет аныкталган

Размер язвы средняя

5. диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Препараты для эрадикационной терапии первой линии: •

ИПП+амоксциллин+имидазол (метронидазол, тинидазол); •

ИПП+амоксциллин+кларитромицин; • соли

висмута+амоксциллин+имидазол. Продолжительность трехкомпонентной терапии – 10 дней. ИПП: • Омепразол

Прокинетики Антациды

Пациент: Әйел 42 жаста, тұрмыста.

Шағымдары: оң қабырға доғасы астында ауырсынулар, ауызында ащы дәм, кекіру, жүрек айну, іш қату, майлы мен қуырылған тамақты көтере алмау мазалайды.

Anamnesis morbi: Ауырғанына бірнеше жыл болған. Ауырсынулар майлы мен қуырылған тамақ ішкен соң күшейеді.

Anamnesis vitae: Тамақтануы ретті, арасында диетаны бұзады. Аспазшы болып істейді. Аллергия жоқ. Зиянды әдеттер: темекі шекпейді, алкогольді мейрамдарда ғана ішеді. Бұрын ауырған аурулары: ЖРВИ, АГ.

Физикалды тексеру: Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене температурасы 37.0°C. Нормостениялық дене бітімді. ДСИ=29,5. Өкпеде везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ – 78 соққы минутына. АҚ – 130/90 мм с.б.б.. Тілі сары жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, өт қабы проекциясында ауырсынады. Кер, Ортнер симптомдары оң. Нәжісі іш қатуға бейім. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

Болевой синдром Асказандық Кишечный Метоболический синдром

предожирение;
от 30 до 34,9 — первая степень
ожирения;
от 35 до 39,9 — вторая степень;
от 40 до 44,9 — третья степень;
свыше 45 —
четвертая степень

1. **Негізгі симптомдар мен синдромдарды атаң**
2. **Тексеру жоспарын құрыңыз**

ЖКА ЖЗА БХА Дуоденальды зондтау УДЗ курсак қуысы

Лабораторлы – аспапты зерттеулер:

ҚЖА: Нв 120 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, ТК 0,88, лейкоц. $9,8 \times 10^9$ /л, ЭТЖ 29 мм/сағ.

ЗЖА: 1020, ақуыз – теріс, лейкоц. 1-2-3 қ/а.

ҚБА: жалпы ақуыз 70 г/л, жалпы билирубин 49 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, липаза-200 Ед/мл., амилаза-150 Ед/л, АЛТ - 38 Ед/л, АСТ - 31 Ед/л, СФ – 56 Ед/л.

Дуоденалды зондтау: I порция - 5 минут — 4,0 мл; II - 7 минут-4,3 мл, III порция - 5 минут — 10 мл; IV порция - 30 минут — 90 мл; V порция - 10 минут — 15 мл. Қалдық өт— 45 мл., өт рН — 5,0. Микроскопиялық зерттеуде— «В» порциясында көп мөлшерде лейкоциттер, шырыш, холестерин кристаллдары бар.

Құрсақ қуысының УДЗ: Бауыры – ұсақ түйіршікті, біртекті. Өт қабы – 8 см x 10 см, қабырғасы диффузды тығыздалған, деформацияланған, холедох 0,4 см, қуысында гомогенді емес тұңба бар. Ұйқы безі – экзогенділік сәл жоғарлаған, контурлары ұсақ түйіршікті, құрылымы біртекті емес.

3. Лабораторлы – аспаптық зерттеулер интерпретациясы
4. Клиникалық диагноз
5. Емдеу принциптері

3. Липаза повышен норма 0- 130 ед
амилаза повышен норма 25-125 щф
томен 100-120 ед

1 порция А количество — 15-20 мл. время выделения — 10-20 мин;

2. Порция Норма: время отсутствия желчи у здоровых людей не превышает 5 мин. указывает на спазм сфинктера Одди и/или сфинктера Люткинса-Мартынова, папиллит или холелитиаз.

3 порция Норма: после открытия сфинктеров Одди и Люткинса-Мартынова у практически здоровых людей в течение 3-4 мин выделяется 3-5 мл золотисто-желтой прозрачной желчи. Увеличение количества порции желчи «А» свидетельствует о наличии удлинённого или расширенного общего желчного протока.

4 порция порция желчи «В» — пузырьная, везикулярная желчь или пузырьный рефлекс. В норме: наступает сразу после III фазы; количество — 30-50 мл; время выделения — 20-30 мин; Гипомоторная дискинезия — замедленное, иногда прерывистое выделение пузырьной желчи в количестве, превышающем норму. И фаза — печеночная желчь, или порция желчи «С». скорость выделения — 1 мл/мин;

4. Хронический не калькулезный холецистит гипокинез желч пузыря

5. Немедикаментозное лечение: Стол N 5 по Певзнеру. Общим принципом диетотерапии является частый дробный прием пищи (до 6 раз в день).
Антибактериальные препараты Миотропные спазмолитики: Подавление
Желуд по поводу хроническом холецистите □ Метоклопрамид

- **Пациент:** Еркек 40 жаста, үйленген.
- **Шағымдары:** қыжылдау, тамақ ішкен соң төс артындағы күйдіру сезімі мазалайды, олар горизонтальды жағдайда күшейеді.
- **Anamnesis morbi:** Қыжылдау, күйдіру сезімі 6 ай бойы мазалайды, бірақ медициналық көмекке жүгінбеген, емделмеген.
- **Anamnesis vitae:** Тамақтануы ретсіз, диетаны жиі бұзады. Жиі іс сапарларға барады. Аз қозғалысты өмір салтын ұстанады, соңғы жылдары салмақ қосқан. Аллергия жоқ. Зиянды әдеттер: темекі шегеді (тәулігіне 1 қорап), алкогольді мейрамдарда ішеді. Бұрын ауырған аурулары: тұмау.
- **Физикалды тексеру:** Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене температурасы 36.5°C. Гиперстениялық дене бітімді. ДСИ=30. Өкпеде везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ – 78 соққы минутына. АҚ – 120/80 мм с.б.б.. Тілі ақ жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, эпигастрий аймағында ауырсынады. Нәжісі іш қатуға бейім. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

1. Негізгі симптомдар мен синдромдарды атаңыз
2. Тексеру жоспарын құрыңыз

2. ОАК ОАМ БХА

ЭФГДС; • полипозиционная рентгенография (рентгеноскопия) пищевода и желудка с контрастированием (стоя и в горизонтальном положении, когда нижние конечности выше головного конца); • флюорография; • УЗИ (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек). рН - метрия пищевода экг

1.Болевой синдром тос артындағы Асказандык диспепсия кыжылдау куйдиру Ишектик диспепсия иш кату Метоболический синдром ожирение 1 степени

4. ГЭРБ

5. Немедикаментозное лечение: заключается в выполнении рекомендации по изменению образа жизни и диеты (антирефлюксные мероприятия), выполнению которых следует придавать особое значение в терапии ГЭРБ: - Избегать обильного приема пищи; - После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения; последний прием пищи не позднее чем за 3 часа до сна; **Медикаментозное лечение:** проводится в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и включает **прокинетические, антисекреторные и антацидные средства.** Цель терапии прокинетиками – повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, стимуляция опорожнения желудка, улучшение координации работы пищеварительной системы. **Цель антисекреторной терапии** – уменьшение агрессии кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку при ГЭР. Препараты выбора – ИПП.

Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов: · ранитидин,

Прс

Классификация рефлюкс – эзофагита (Лос-Анджелес, 1994)

Степень эзофагита	Эндоскопическая картина
A	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
C	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода
D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

• ЗАПИСЬ

ауызының құрғауы, тәулігіне 2-3 ретке дейін көп мөлшердегі оотқа тәрізді, жылтыр нәжіс, дене салмағын жоғалту, табеттің жоғалуы, арқаға таралатын эпигастрийдегі, оң қабырға доғасы астындағы кіндік маңындағы тұйық ауырсынулар мазалайды; олар тамақ ішкен соң күшейеді.

Anamnesis morbi: Ауырғанына бірнеше жыл болған. Ауырсынулар майлы, қуырылған тамақ ішкен соң күшейеді. Дене салмағының біраз жоғалтқанын айтты.

Anamnesis vitae: Тамақтану ретті, арасында диетаны бұзады. Аспазшы болып істейді. Аллергия жоқ. Зиянды әдеттер: темекі шекпейді, алкогольді мейрамдарда ғана ішеді. Бұрын ауырған аурулары: ЖРВИ, АГ.

Физикалды тексеру: Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене температурасы 36.6°C. Астениялық дене бітімді. ДСИ=31. Өкпеде везикулярлы тыныс естіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. ЖЖЖ – 78 соққы минутына. АҚ – 140/90 мм с.б.б.. Тілі ақ жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, сәл кепкен, эпигастрий мен кіндік аймағында, Шоффар зонасында, Мейо – Робсон нүктесінде ауырсынады. Нәжісі іш өтуге бейім, тәулігіне 4 рет дейін болады. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

1. Негізгі симптомдар мен синдромдарды атаңыз

2. Тексеру жоспарын құрыңыз



Болевой синдром Кишечная и желудочная диспепсия Метоболический синдром

ЖКА ЖЗА БХАК ЭКГ ФГДС УДЗ РЕНТГЕН спецификалық диастазалар

копрологическое исследование. Сбор кала в течение 72 часов для определения коэффициента всасывания жиров (КВЖ) является «золотым стандартом» для диагностики стеатореи

определение эластазы 1 ниже 200 мкг/г

Түсі сұр капрограмма. Эласта липаза. Крахмал бұл ш ет талшықтар. Узи бауыр үлғайған. Ұйқы безінде өзгерістер. Соз.

Билиб жоғары. Холод голод покой осыда екен. Арт гипер синдром

Инструментальные исследования [1,5-7]

· ультразвуковое исследование – основными критериями диагностики ХП принято считать диффузное или очаговое повышение эхогенности поджелудочной железы при отчетливой визуализации окружающих ее сосудов; увеличение или уменьшение размеров; гетерогенность структуры, нечеткость контуров, кальцификаты; наличие кист (определение экзонегативных участков овальной формы, имеющих четкие контуры). УЗИ можно выполнять у пациентов с подозрением на осложнения ХП с чувствительностью (67%) и специфичностью (98%);

· эндосонография (EUS) – метод обнаружения ранних изменений ХП, обладающий наиболее высокой диагностической значимостью. Эндосонография отличается высокой чувствительностью (85-100 %), специфичностью (85 – 100 %) Критерии поставки диагноза ХП с помощью эндосонографии указаны в классификации Rosemont (Таблицы 4, 5):

Таблица 1. Манчестерская классификация ХП

Легкая степень	a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП; b) боль в животе; c) нет регулярного приема анальгетиков; d) сохраненная эндокринная и экзокринная функции; e) отсутствие пери-панкреатических осложнений.
Умеренная степень	a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП; b) боль в животе; c) регулярная (еженедельная) потребность в анальгетиках/опиатах; d) имеются данные за нарушение эндокринной/экзокринной функции; e) отсутствие пери-панкреатических осложнений
Выраженная степень	a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП; b) один или несколько из следующих «дополнительных признаков поражения поджелудочной железы»: - билиарная стриктура; - сегментарная портальная гипертензия; - дуоденальный стеноз; c) плюс один или несколько из следующих клинических симптомов: - диабет; - стеаторея.

Немедикаментозное лечение ХП включает:

- отказ от употребления алкоголя (УД В): воздержание от употребления алкоголя – важный фактор, влияющий на характер боли у пациентов с алкогольным панкреатитом;
- отказ от курения (УД В): эффективно снижает частоту приступов боли при ХП, является профилактикой болевого синдрома, первичного рака ПЖ ;
- соблюдение принципов рационального питания (УД В), с достаточным потреблением продуктов, содержащих кальций, жирорастворимые витамины
- ограничение жира не рекомендуется (УД С);
- дробный прием пищи (до 6 или более раз) (УД С).

Этиотропная терапия направлена на устранение причин ХП, указанных, в частности, в классификации TIGAR-O (Таблица 3). Например, основой лечения токсико-метаболического панкреатита является абстиненция, при аутоиммунном панкреатите с патогенетической целью показано назначение кортикостероидов (преднизолон). При обструктивном ХП, как правило, требуются эндоскопические или хирургические методы внутрипротоковой декомпрессии, требующие стационарного лечения.

Медикаментозное лечение

Антисекреторная терапия. Ингибирование секреции желудочного сока улучшает ответ на ЗФТ даже при индукционной дозе ферментов (УД А) [10-12]. Сроки назначения ИПП или H2-блокаторов зависят от сопутствующего кислотозависимого заболевания (таблица 13). Назначение ИПП также необходимо при терапии болевого синдрома с помощью НПВС.

Терапия болевого синдрома ХП является пошаговой и зависит от его патогенеза. На амбулаторном синдром, связанный с воспалением ПЖ и периневральным воспалением (таблица 14).

Хронические гастриты

Классификация:

-Хронический поверхностный гастрит

-Хронический атрофический гастрит

-Особые виды: хим

Радиация

Лимфоцитар

Неинфекционный гранулематоз

Эозинофильный

ТИПЫ:

Тип А: пернициозная анемия эт: Аутоиммун.

Тип В: поверхностный эт: H. Pylori

Тип С: рефлюк-гастрит эт: желчь; НВПС

Синдромы:

·Больевой (кіндік маңы ауырады и ашқарында)

·Асқазан Диспептический(изжога отрыжко тошнотой и рвотой)

·Анемический

·Ішектік диспепсиясы(метеоризм и неустойчивый стул)

Симптомы:

«язвенноподобный» вариант диспепсии (тупые боли в эпигастрии/или в пилорoduоденальной зоне»

дискинетический вариант «желудочной диспепсии» – чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота;

изжога отрыжко тошнотой и рвотой облегчение алып келеді

метеоризм и неустойчивый стул

План

ОАК

ОАМ

БХ

анализ кала на скрытую кровь

определение сывороточного железа в крови

быстрый уреазный тест в биоптатах СОЖ:

ФГДС с прицельной биопсией

Гистологическое и цитологическое исследование биоптата

лечения - диета 1

· питание полноценное и разнообразное;

· режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми

· ограничение механических и химических раздраж

желудочной секреции, веществ, длительно задерживающ

· исключение очень горячих и очень холодных блюд

Медикаментозное лечение.

·Ингибиторы протонной помпы

Омепразол

Лансопразол

Пантопразол

·Блокаторы H2гистаминовых рецепторов

Фамотидин

Ранитидин

·Антациды

Натрий гидрокарбонаты

Кальций карбонаты

·Антибиотики

Амоксициллин

Кларитромицин

Метронидозол

·Витамины Цианокобаламин (витамин B12)

·Гастропротекторы сукралфат

Висмут

Синдромы:

- абдоминальный болевой синдром
- Диспептический
- холецистокардиальный синдром
- Интоксикационный синдром
- Кардиологический синдром

Симптомы:

- положительные френикус-симптом (симптом Мюсси-Георгиевского), симптомы Ортнера и Мерфи
- симптом Щеткина-Блюмберга при перфорации желчного пузыря или при прорыве сформированного околопузырного гнойника.
- Тахикардия до 100 ударов в минуту
- Лихорадка 39-40
- желтушное окрашивание кожи и склер
- типичная картина механической желтухи: моча становится темной, пенистой, кал обесцвеченным, появляется упорный кожный зуд, лишающий больного сна, на коже расчесы.
- снижение аппетита;
- ощущение горечи и сухости во рту;
- тошнота утром или после приема определенного вида пищи, иногда рвота желчью, не приносящая облегчения;
- вздутие живота, неустойчивый стул со склонностью к запорам.
- в вынужденном положении – на правом боку с поджатыми к животу ногами.

- усиливающиеся при глубоком вдохе

Лабораторные исследования

- **В общем анализе крови** при остром холецистите или холангите выявляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.
- **В общем анализе мочи** при МЖ выявляются желчные пигменты.
- При МЖ отмечается повышение уровня общего билирубина за счет его прямой фракции – При явлениях печеночной недостаточности повышение уровня аминотрансфераз (АлТ и АсТ), повышение активности щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия, гипопроотеинемия и диспротеинемия. В коагулограмме может отмечаться увеличение протромбинового и тромбинового времени
- При вовлечении в процесс ПЖ – повышение амилазы и уровня глюкозы крови.

Инструментальные исследования

- **УЗИ**-основной метод диагностики ЖКБ.
- **Пероральная холецистография** позволяет судить о функциональном состоянии желчного пузыря, рентгенопрозрачности конкрементов и степени их кальцификации. Эти сведения чрезвычайно важны для отбора больных на литолитическую терапию и экстракорпоральную литотрипсию (ЭКЛТ).
- **Внутривенная холеграфия** дает возможность получить четкое изображение не только желчного пузыря, но и внепеченочных желчных протоков.
- ЭРХПГ помогает уточнить состояние желчных протоков.
- **Гепатобилиосцинтиграфия** позволяет заподозрить наличие в них конкрементов или стриктуры, оценить функциональное состояние желчного пузыря и печеночных клеток

Медикаментозное лечение

Пероральная литолитическая терапия.

1) Хенофальк 750-1000 мг (3-4 капсулы) однократно перед сном.

2) Урсофальк 750-1000 мг (3-4 капсулы) однократно перед сном.

Эти препараты не действуют на пигментные камни, такое лечение проводят только больным с необызвествленными камнями

Литотрипсия

Критерии отбора больных с холецистолитиазом (с симптоматической и бессимптомной формами заболевания) к литотрипсии:

1) единичные и немногочисленные (2–4) конкременты, занимающие менее 1/2 объема желчного пузыря;

2) сохраненная сократительно-эвакуаторная функция желчного пузыря.

Өт жолдарының функционалды жеткіліксіздігенен болатын ауру.

Классификациясы: этиологиясы б/а біріншілік, екіншілік (баска ауру асеринен)

По функциональному состоянию:

- гиперфункция (гипермоторика); приступообразный боль

- гиподисфункция (гипомоторика). Постоянная тупая ноющая

Синдромдар

- Ауырсыну
- Вазомоторлы (гипотания, сердцебиение боль в сердце)
- Нейровегетациялық (тітіркенгішті, ұйқы бұзылу, тершендік бас ауру)
- Диспепсия асказандық
- диспепсия ішектік
- холестатикалық
 - кардиалгиялық
 - невротикалық

Симптом

Ауырсыну - арқаға, оң жауырыңға

- тамақтан соң, түнде

Диспепсиялық лоқсу, құсу аузында ащы сезім, қышқылмен кекіру

қыжылдау, қышқылмен кекіру, метеоризм, тәбеттің төмендеуі, диарея

тері қышуы гипомоторикада

Психозмоц. бұзылыстар - депрессия, жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, тітіркенушілдік,

эмоциональды әлсіздік

Гиперкинетикалық түрінде(өт қабы кішіреюі және тез босауы)

Гипокинетикалық(өт қабы ұлғайған, өте баяу босайды)

-Дуаденальды зерттеу

Порция А- ішек және ұйқыбез сөлі

Порция В- магний сульфат қосасын жасыл сөл шығады өт

Порция С бауыр сөлі алтын сары түсті

Гиперкинетикалық түрінде(В және С порциялар өте аз, өттің бөліну уақыты қысқарады)

Гипокинетикалық(өт қабы рефлексі әлсіздігі, өттің түсі қоңыр өте баяу)

-Эндоскопическая ультрасонография

-Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование

-Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Формулировка диагноза

Вторичная ДЖВП. Гипертонический (гипотонический) тип, фаза обострения.

Первичная ДЖВП. Гипокинетический тип со слабостью сфинктера Одди, фаза ремиссии.

Немедикаментозное лечение

Соблюдение диеты (исключение жирной и острой пищи, сырого лука и чеснока, алкоголя, томатного сока), частое дробное питание.

Больным показаны отказ от курения, нормализация массы тела, исключение чрезмерных физических нагрузок (бег и пр.).

Медикаментозное лечение

В зависимости от типа дискинезии больному в качестве базисного средства назначают

1. При гипомоторике: **прокинетики** (домперидон 10 мг 3-4 раза в сутки до клинического улучшения).

2. При гипермоторике: **спазмолитики** (папаверин, пинаверия бромид, дротаверин, мебеверин).

Эффективен также одестон.

Желчегонные средства назначаются при гипомоторной дисфункции и включают холеретики и холекинетики.

Холеретики: препараты, содержащие желчь или желчные кислоты (фестал, панзинорм-форте, холензим), и синтетические препараты (никотин, оксафенамид).

Холекинетики: магния сульфат, сорбитол, ксилит и др.

Хирургическое лечение. холецистэктомия

Осложнения: холецистит, желчнокаменная болезнь, гастродуоденит.

Пациент: Мужчина 26 лет, не женат.

Жалобы на фоне нерегулярного питания отмечаются боли в эпигастрии, которые возникают через 1.5-2 часа после еды, ночью, изжогу, рвоту кислым на высоте болей.

Anamnesis morbi Болеет около 3 месяцев. Вначале появились редкие, умеренно выраженные боли в эпигастрии в ночное время, уменьшались после приема минеральной воды или молока. Затем боли стали беспокоить натошак днем. Боли уменьшались после приема еды. Отмечает незначительное снижение массы тела. Рвота бывает очень редко, приносит облегчение.

Anamnesis vitae Питание не регулярное, частые погрешности в диете. Работает шофером автобуса. Аллергии нет. Вредные привычки курит (1 пачка в день), алкоголь не употребляет. Перенесенные заболевания: Грипп.

Физикальное обследование : Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36.3. Астенического телосложения. ИМТ = 24. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Стул склонен к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

1. Назовите основные синдромы и симптомы
Болевой синдром, Голодные поздние и ночные боли, Синдром желудочной диспепсии (рвота приносящая облегчение), Синдром кишечной диспепсии (склонность к запорам)

2. Составьте план обследования

Лабораторные исследования:

- **общий анализ крови** – возможна анемия (при явных или скрытых язвенных кровотечениях), лейкоцитоз и увеличение СОЭ при осложненных формах ЯБ (при пенетрации язвы, выраженном перивисцерите);

ОАМ биохимические анализы крови (общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкозы, амилазы) – при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;

- **анализ кала на скрытую кровь** – положительная реакция указывает на гастродуоденальное кровотечение.

Инструментальные исследования:

- **эзофагогастродуоденоскопия** – подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, состояние дна и краев язвы (с **обязательной биопсией и гистологическим исследованием** для исключения злокачественного характера язвенного поражения при локализации язвы в желудке и выявления *H. pylori*) [5,6].

УЗИ ОБП : печени, желчных путей и поджелудочной железы – при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;

Язва ? Гастрит?

ЖКА ЖЗА БХА Тыныстык уреазный

тест

ПЦР Хеликобактерга

ФГДС

РЕНТГЕН

5. диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Препараты для эрадикационной терапии первой линии: •

ИПП+амоксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол); •

ИПП+амоксициллин+кларитромицин; • соли

висмута+амоксициллин+имидазол. Продолжительность

трехкомпонентной терапии – 10 дней. ИПП: • Омепразол

Прокинетики Антациды

С-уреазный дыхательный тест – неинвазивный метод диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, основанный на способности бактерии *H. pylori* гидролизовать мочевины до аммиака и углекислого газа.

Пациент: Мужчина 35 лет, женат.

Жалобы: на отрыжку кислым, изжогу, чувство «комка» за грудиной, иногда чувство жжения за грудиной с иррадиацией в спину. Эти симптомы чаще появляются после позднего ужина и в положении лежа.

Anamnesis morbi: Изжога, горечь во рту беспокоили ранее, однако за медицинской помощью не обращался, не лечился. Периодически принимает питьевую соду с водой от изжоги.

Anamnesis vitae: Питание не регулярное, частые погрешности в диете. Ведет малоподвижный образ жизни, последние годы стал прибавлять в весе. Аллергии нет. Вредные привычки: курит (1 пачка в день), алкоголь по праздникам. Перенесенные заболевания: корь, грипп. Наследственность: у родителей АГ, диабет, ожирение.

Физикальное обследование: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36.8°C. Гиперстенического телосложения. ИМТ=35. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст... Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Стул склонен к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Назовите основные симптомы и синдромы

Составьте план обследования

ОТВЕТЫ:

1) Желудочная диспепсия- отрыжка, изжога

Болевой синдром

2) ОАК ОАМ БХА

ЭФГДС; • полипозиционная рентгенография (рентгеноскопия) пищевода и желудка с контрастированием (стоя и в горизонтальном положении, когда нижние конечности выше головного конца); • флюорография; • УЗИ (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек). рН - метрия пищевода экг

4. ГЭРБ

5. Немедикаментозное лечение: заключается в выполнении рекомендации по изменению образа жизни и диеты (антирефлюксные мероприятия), выполнению которых следует придавать особое значение в терапии ГЭРБ: - Избегать обильного приема пищи; - После приема пищи избегать наклонов вперед и горизонтального положения; последний прием пищи не позднее чем за 3 часа до сна; Медикаментозное лечение: проводится в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и включает прокинетические, антисекреторные и антацидные средства. Цель терапии прокинетиками – повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, стимуляция опорожнения желудка, улучшение координации работы пищеварительной системы. Цель антисекреторной терапии – уменьшение агрессии кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку при ГЭР. Препараты выбора – ИПП.

Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов: • ранитидин,

Противорвотные препараты: • ондансетрон

